



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2012

---

## **Das perfekte Curriculum für Hausarztmedizin - wer hat's erfunden? Ausbildung für Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz und in Europa**

Djalali, S ; Rosemann, T

**Abstract:** Der Weg in die Hausarztmedizin führt seit Januar 2011 über den neudefinierten Weiterbildungstitel «Allgemeine Innere Medizin». Wer nach fünf Jahren Weiterbildungszeit seine Prüfung besteht, kann sich ohne Umschweife als Hausarzt niederlassen. Stellt sich die Frage: Sind die Absolventen praxisorientiert genug ausgebildet, oder kann das neue Curriculum noch verbessert werden? Ein Blick auf die Weiterbildungsprogramme in Europa gibt Aufschluss.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-64370>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Djalali, S; Rosemann, T (2012). Das perfekte Curriculum für Hausarztmedizin - wer hat's erfunden? Ausbildung für Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz und in Europa. *PrimaryCare*, 12(15):290-293.

Sima Djalali, Thomas Rosemann

# Das perfekte Curriculum für Hausarztmedizin – wer hat's erfunden?

Ausbildung für Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz und in Europa

**Der Weg in die Hausarztmedizin führt seit Januar 2011 über den neudefinierten Weiterbildungstitel «Allgemeine Innere Medizin». Wer nach fünf Jahren Weiterbildungszeit seine Prüfung besteht, kann sich ohne Umschweife als Hausarzt niederlassen. Stellt sich die Frage: Sind die Absolventen praxisorientiert genug ausgebildet, oder kann das neue Curriculum noch verbessert werden? Ein Blick auf die Weiterbildungsprogramme in Europa gibt Aufschluss.**

## Ausbildungszeit: es geht kürzer – aber auch länger

Was die Ausbildungsdauer für Hausärzte angeht, liegt die Schweiz im guten europäischen Durchschnitt: Die Weiterbildungszeiten in den Nachbarländern rangieren zwischen 3 Jahren (z.B. Italien) und 6 Jahren (z.B. Dänemark). Tatsächlich ist den EU-Staaten seit 2005 auch gesetzlich eine Mindestdauer von 3 Jahren für den Erwerb des Titels in Allgemeinmedizin vorgeschlagen [1].

## Schweizer Allgemeinmediziner in Europa

Der eidgenössische (nicht ganz korrekt oft als «FMH-Titel» bezeichnete) Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin» (AIM) übererfüllt durch die obligate fünfjährige Weiterbildungsdauer die EU-Anforderungen für die Allgemeinmedizin. Wer den Titel AIM erwirbt, erfüllt gleichzeitig die Bedingungen für den eidgenössischen Titel «Praktischer Arzt» und kann das entsprechende Diplom anfordern. Der «Praktische Arzt» entspricht dem in allen Ländern Europas existierenden Ausbildungsnachweis für den Allgemeinmediziner (Hausarzt bzw. «general practitioner»). Träger des eidgenössischen AIM-Titels, die sich auch als «Praktischer Arzt» anerkennen lassen, haben damit die Möglichkeit, in allen EU-Ländern als Hausarzt tätig zu sein. Zudem können sie sich als Facharzt für «Innere Medizin» in den jeweiligen europäischen Länder anerkennen lassen.

Umgekehrt können sich Kollegen aus dem europäischen Ausland, die den Ausbildungsnachweis für den Allgemeinmediziner erbringen, nur als «Praktischer Arzt» registrieren lassen. Wer darüber hinaus den eidgenössischen Facharzttitel AIM wünscht, muss die entsprechenden Bedingungen des schweizerischen Weiterbildungsprogramms erfüllen. Gleichwertige ausländische Weiterbildungen können zumindest teilweise angerechnet werden [2].

## Schwergewicht Spital

Was die zu absolvierenden Weiterbildungsmodule für einen Fachtitel in «Allgemeiner Innerer Medizin» angeht, so sind die EU-Richtlinien sehr freizügig (Tab. 1). Bei 3 Jahren Mindestdauer für die Weiterbildung sind für Praxis- und Spitalassistenten jeweils minimal 6 Monate vorgesehen, d.h. die Länder können durchaus ein Schwergewicht auf eine mehr spitalzentrierte oder mehr ambulante/praxisorientierte Ausbildung legen. Das geschieht auch. Beispielsweise sind in Deutschland während einer fünfjährigen Weiterbildungszeit nur 1,5 Jahre für eine Praxisassistenten im Haus-

**Tabelle 1**

EU-Richtlinien für die Ausbildung in Allgemeinmedizin (nach [1]).

– Gesamtdauer mindestens 3 Jahre
– Mind. 6 Monate Praxisassistenten in einer Allgemeinpraxis
– Mind. 6 Monate Spitalweiterbildung in Allgemeinmedizin
– Optional max. 6 Monate Assistenz in anderen zugelassenen Einrichtungen/Diensten des Gesundheitswesens, die sich mit Allgemeinmedizin befassen.

arztsetting vorgesehen, dafür 2 Jahre innere Medizin an einem Spital und weitere 1,5 Jahre in einem beliebigen Fach. Noch extremer ist Griechenland, wo nur 10 Monate von insgesamt 4 Jahren Weiterbildung auf die Primärversorgung entfallen. Da die EU-Richtlinien nicht bindend sind, gibt es sogar noch Abweichungen: In Österreich ist die Praxisassistenten nur optional und beträgt im Höchstfall die von der EU vorgesehenen 6 Monate [3].

## Schwergewicht Praxis

Demgegenüber legen die Niederländer den Fokus bei der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin klar auf die Hausarztpraxis: 2 von insgesamt 3 Jahren gehören der Praxisassistenten, ein Jahr dient der Klinikrotation. In Norwegen ist es ähnlich, hier liegt das Verhältnis bei 3 Jahren Praxis zu einem Jahr Klinikrotation [3].

Viele Länder entscheiden sich für einen Mittelweg und teilen die Weiterbildungszeit in gleich lange Praxis- und Spitalblöcke ein (z.B. Irland, Polen, Portugal). Das bedeutet jedoch nicht zwingend, dass nicht trotzdem Schwergewichte gesetzt werden. Ein gutes Beispiel dafür sind Grossbritannien und Dänemark – Länder, deren Gesundheitssysteme wie in den Niederlanden durch eine sehr hausarztzentrierte Grundversorgung geprägt sind, was sich auch in der Ausbildung widerspiegelt. Formal betragen Praxis- und Klinikabschnitt in der Allgemein-/Hausarzausbildung in Grossbritannien je 1,5 Jahre, in Dänemark je 2,5 Jahre. In beiden Ländern findet aber auf inhaltlicher Ebene eine starke Praxisfokussierung statt.

## Spezifischer Unterricht

So müssen angehende Hausärzte in Grossbritannien eine Abschlussprüfung ablegen (Prüfung des «Membership of the Royal College of General Practitioners»), die ihnen neben klinischem Wissen auch Kompetenzen in evidenzbasierter Praxis, Gesundheitsinformatik, Administration und Kommunikation abverlangt. Unter anderem muss eine Praxis-Simulation mit realitätsnahen Zehn-Minuten-Konsultationen absolviert werden. Zur Vorbereitung erhalten die Hausarztanwärter während der gesamten Ausbildungszeit obligatorisch und kontinuierlich wöchentliche Halbtageskurse und nehmen an Arbeitsgruppen teil, in denen die entsprechenden Fertigkeiten vermittelt werden [4].

In Dänemark finden arbeitsbegleitend Vorlesungen für Hausarztmedizin an der Universität statt [5].

## Mentorsystem

Zudem arbeiten dänische Hausarztanwärter auch während ihrer 2,5 Jahre währenden klinischen Rotationsphase weiterhin einen Tag im Monat in einer ihnen fest zugeteilten Hausarztpraxis [5]. Dies kommt einem Mentorenprogramm nahe, wie es auch in den Niederlanden praktiziert wird. Es geht darum, den hausarztmedizinischen Blick durch regelmässigen Kontakt und Zusammenarbeit mit erfahrenen Kollegen auf diesem Gebiet zu schulen und die klinische Ausbildung in den Spezialfächern immer wieder in den grösseren Zusammenhang der Hausarztmedizin zu stellen. Das bedingt auch, dass die angehenden Hausärzte bei der Organisation ihrer Weiterbildung unterstützt werden. So erhalten z.B. Hausarztanwärter in Spanien einen persönlichen Tutor an die Seite gestellt, der sie bei der Wahl der Ausbildungsstätten unterstützt und das Durchlaufen der geforderten Ausbildungsstationen supervisiert.

## Fächerwahl

Von Seiten der EU-Richtlinien sind derartige Förderungsmassnahmen nicht vorgegeben. Die EU-Richtlinien machen auch keine Vorgaben, welche klinischen Fächer überhaupt nebst Allgemeinmedizin für den Titelerwerb in «Allgemeiner Innerer Medizin» absolviert werden sollten. Wörtlich heisst es «Die besondere Ausbildung [...] ist mehr praktischer als theoretischer Art. Die praktische Ausbildung findet zum einen [...] in zugelassenen Krankenhäusern mit entsprechender Ausrüstung und entsprechenden Abteilungen und zum anderen [...] in zugelassenen Allgemeinpraxen oder in zugelassenen Zentren für Erstbehandlung statt» [1].

So gibt es Länder mit und ohne Vorschriften bezüglich der Fächerwahl für Allgemeinmediziner. Häufig vorgeschriebene Fächer sind Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie und Psychiatrie (Tab. 2).

Es überrascht nicht, dass die Länder mit den generell hochstrukturierten Hausarztcurricula wie die Niederlande, Grossbritannien und Dänemark auch bezüglich der Klinikrotationen klare Vorgaben machen, während Länder mit wenig Praxisfokus wie Deutschland kaum Einschränkungen machen.

In Deutschland sind die Hausarztanwärter auch selbst für die Organisation ihrer Ausbildungsaufenthalte verantwortlich. Inhaltlich sind die «Fremdzeiten» dadurch etwa gleichbedeutend mit dem Hospitieren in einer Fachklinik, ein Bezug zur Hausarztmedizin wird nicht explizit gesetzt.

## Zwei Tendenzen in Europa

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zwei Tendenzen in Europa gibt, die vagen Vorgaben der EU auszugestalten. Die Länder mit hausarztzentrierter Versorgung bieten in der Regel auch

entsprechend fokussierte Weiterbildungsprogramme an, die den Weg in die Hausarztmedizin klar vorzeichnen. Die Programmteilnehmer werden registriert, was eine gewisse Nachwuchskontrolle ermöglicht und den Hausarztanwärter zum Teil von organisatorischen Pflichten entbindet.

Die Länder, in denen die Hausärzte keine offizielle Gatekeeper-Rolle einnehmen, gestalten die Weiter-

bildung in Allgemeinmedizin dagegen unspezifischer und bieten wenig Unterstützung bei der Karriereplanung. Dadurch, dass die Karriereplanung den Assistenzärzten selbst überlassen wird, herrscht nur eine geringfügige Nachwuchskontrolle, denn poten-

zielle Hausarztanwärter werden nicht registriert. Es muss mit einer Dunkelziffer von Medizineren gerechnet werden, die ihre Karriereziele im Verlauf umdisponieren und der Hausarztmedizin verloren gehen, weil sie bereits während der Ausbildung zu wenige Perspektiven sehen bzw. sich nach Abschluss mangels Praxiserfahrung kaum befähigt sehen, in die Praxis zu wechseln, und darum im Spital bleiben.

## Anreiz für den Nachwuchs

Auf qualitativer Ebene betrachtet, haben die spezifischen hochstrukturierten Hausarztweiterbildungen starke Züge von Nachwuchsförderungsprogrammen mit einem entsprechenden Angebot an ideellen und finanziellen Anreizen: Die ideellen Anreize werden durch gezieltes Teaching und Mentor-Systeme gesetzt und einige Länder haben in den vergangenen Jahren durch Tarifanpassungen auch finanzielle Anreize geschaffen bzw. dafür gesorgt, dass der Weg in die Hausarztmedizin nicht mehr per se mit finanziellen Einbussen verbunden ist. So wurden die Löhne für Hausärzte in Grossbritannien in den letzten Jahren substanziell (um 58%) erhöht [6] und den Facharztlöhnen angeglichen, mit dem Ziel und Effekt, dass ein Nachwuchsproblem, dass sich im Jahr 2000 abzeichnete, behoben wurde. Heute verzeichnet das Weiterbildungsprogramm für Hausarztmedizin in Grossbritannien mehr Anmeldungen, als Plätze verfügbar sind [4].

## Strukturen fehlen

Tatsache ist, dass unspezifische Weiterbildungsprogramme ein hohes Mass an Eigeninitiative erfordern. Dies geht tendenziell zu Lasten der Praxisausbildung, da diese für die Weiterbildungskandidaten im Alleingang vergleichsweise schwieriger zu organisieren ist. Dagegen mögen die stärker vorgespurten Spezialarztweiterbildungen mit klar definierten Zielen bequemer erscheinen – besonders, wenn finanzielle Anreize fehlen, sich um eine Stelle als Praxisassistent zu bemühen bzw. diese länger als unbedingt notwendig zu absolvieren, und von einer Spezialarztstätigkeit generell finanzielle Vorteile gegenüber einer Hausarztstätigkeit vermutet werden können.

**Hausarztanwärter erhalten in den meisten europäischen Ländern ein vergleichbares Einkommen wie Spitalassistenten; nicht aber in Deutschland, Österreich und der Schweiz.**

**Tabelle 2**

Beispiele für vorgeschriebene Klinikrotationen zum Titelerwerb in Allgemeinmedizin (nach [3–5]).

Dänemark	Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Psychiatrie
Frankreich	Innere Medizin oder Geriatrie, Gynäkologie oder Pädiatrie, Notfallmedizin
Italien	Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Psychiatrie, Notfallmedizin, Poliklinik
Niederlande	Notfallmedizin, Geriatrie, Psychiatrie
Polen	Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, ORL, Ophthalmologie, Dermatologie
Portugal	Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Notfallmedizin
Schweden	Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie
Spanien	Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Notfallmedizin, Orthopädie

**Heute verzeichnet das Weiterbildungsprogramm für Hausarztmedizin in Grossbritannien mehr Anmeldungen, als Plätze verfügbar sind.**

Diese Situation könnte auf die Schweiz zutreffen. Vergleicht man die hiesige Hausarztweiterbildung mit den Angeboten der europäischen Nachbarländer, so fällt das Schweizer Programm eindeutig in die Kategorie der unspezifischen, kaum strukturierten Programme. Zudem ergab eine Befragungsstudie unter Vertretern der European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine (EURACT), dass Hausarztanwärter in den meisten europäischen Ländern ein vergleichbares Einkommen wie Spitalassistenten erhalten. Nicht so aber in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Hier lag das Einkommen von Praxisassistenten 15–40% unter dem Salär von Assistenzärzten in Klinikrotation [7].

### Qual der Wahl

Das modulare Weiterbildungsprogramm für «Allgemeine Innere Medizin», das in der Schweiz seit dem 1. Januar 2011 in Kraft ist, rühmt sich seiner grossen Wahlfreiheit und der individuellen Gestaltbarkeit des Curriculums [2]. Die Idee ist, dass Hausarztanwärter während der dreijährigen Basisweiterbildung bis zu ein Jahr in der Praxis/medizinischen Poliklinik verbringen können, während Spitalinternisten sich eher auf stationäre Weiterbildungsstellen fokussieren dürfen und mit einem Minimum von sechs Monaten in der ambulanten Erstversorgung zugelassen werden (Tab. 3). Im Gegensatz zu anderen Ländern mit fix vorgegebenen Abschnitten können die Anwärter das Gewicht von stationären zu ambulanten Ausbildungsabschnitten selbst modulieren. Selbst in der maximal auf Hausärzte ausgerichteten Variante bleibt das Schwergewicht jedoch auf der stationären Ausbildung.

**Tabelle 3**

Schweizer Curriculum für Allgemeine Innere Medizin (AIM) (nach [2]).

#### **Basisweiterbildung: drei Jahre AIM, davon mind. ein Jahr in einer Einrichtung der Kategorie A oder I**

- Mind. 2 Jahre stationäre AIM (Kategorie A–D, inkl. 3 Monate Notfallstation)
- Mind. 6 Monate ambulante AIM (Kategorie I–IV\*)

#### **Aufbauweiterbildung: zwei Jahre**

- 31 Fachgebiete neben AIM zur Auswahl gemäss Liste in Ziffer 2.3 des Weiterbildungsprogramms
- Perioden: in der Regel sechs bis zwölf Monate

\* Praxisassistenten = Kategorie III

In der darauffolgenden zweijährigen Aufbauweiterbildung haben die zukünftigen Allgemeinmediziner die Wahl zwischen 31 Fachgebieten, in welchen sie Ausbildungsperioden (Dauer je Periode i.R. zwischen 6 Monaten und einem Jahr) absolvieren können (Tab. 3). Die Idee ist, dass Hausarztinteressierte hier mehrere Fächer belegen, die ihnen einen Mehrwert für die spätere Tätigkeit in der Grundversorgung bringen. Verbindliche Vorgaben oder Empfehlungen gibt es nicht, de facto haben die Anwärter die Qual der Wahl. Es wird interessant sein, ob und wie sich die Spezialitätenwahl in den kommenden Jahren nach der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung entwickeln wird. Auswertungen der vergangenen Jahre zeigten, dass die Schweizer Allgemeinmediziner vor allem Allgemeinchirurgie (97%) als Fremdfach wählten. Ausserdem waren häufige Wahlfächer Psychiatrie (28%), Physikalische Medizin und Rehabilitation (25%), Gynäkologie (20%), ORL (16%) und Pädiatrie (14%). Im Durchschnitt belegten die FMH-Titelkandidaten 4 bis 5 verschiedene Fächer [8].

### Aufbauarbeit

Ein neu etabliertes e-Logbuch soll künftig der elektronischen Dokumentation der Ausbildungsschritte dienen und den Anwärtern Überblick über das Erreichen Ihrer individuellen Lernziele geben. Eine Supervision oder ein Mentoring sowie aktive Unterstützung beim Akquirieren der Weiterbildungsstellen existiert bislang nicht von übergeordneter und allgemeingültiger Instanz her. Spezielle Teachings und Arbeitsplatz-basierte Assessments, die dazu dienen sollen, die Weiterbildung an nicht-internistischen Ausbildungsstätten hausarztspezifischer zu gestalten, sind in der Schweiz erst im Aufbau [2].

### Umfrage unter Schweizer Assistenzärzten

Welchen Einfluss das Erleben der Weiterbildungszeit auf die spätere Entscheidung hat, ob sich AssistenzärztlInnen der Hausarzt-tätigkeit zuwenden oder nicht, zeigt eine jüngst durchgeführte Befragungsstudie unter 535 Schweizer Assistenten für Innere Medizin bzw. Chirurgie. Rund die Hälfte der Befragten gab an, ihre Entscheidung während der Weiterbildungsphase getroffen zu haben [9], wobei 85% der Befragten sich detailliertere Lernzielkataloge gewünscht hätten. Eine Weiterbildungscheckliste mit hausarztspezifischen Schwerpunkten hatten überhaupt nur 20% erhalten und nur 24% gaben an, jemals mit einem Vorgesetzten über die individuellen Lernziele gesprochen zu haben. Weniger als die Hälfte war in ein Praxisassistentenmodell eingebunden. Der am häufigsten geäusserte Verbesserungsvorschlag für zukünftige Weiterbildungsprogramme war ein grösseres Angebot an zentral organisierten strukturierten Hausarzt-Curricula.

### Diskussion

Frühere Studien liefern Hinweise darauf, dass die Motivation junger Ärzte in der Schweiz, sich für eine Karriere in der Hausarztmedizin zu entscheiden, abgenommen hat [10]. Buddeberg-Fischer et al. [11] zeigten, dass dies zum Teil auf ein geringeres Prestige und das niedrigere Einkommenslevel von Hausärzten gegenüber Spezialisten zurückzuführen ist. Dies deckt sich auch mit den Beobachtungen aus anderen Ländern. Beispielsweise zeigten Studien in den USA, dass der Anteil der Medizinstudenten, die sich für ein bestimmtes Fach entscheiden, jeweils um 1% steigt, wenn die Einkommenserwartungen für diese Disziplin um 1% zunehmen [12, 13]. In einer weiteren Arbeit wiesen Buddeberg-Fischer et al. in der Vergangenheit aber auch schon darauf hin, dass nicht nur finanzielle Anreize bedeutsam sind, sondern, dass Weiterbildungscurricula einen Einfluss auf die Attraktivität der Hausarztmedizin haben [14].

Prestige und Wertschätzung einer Profession bemessen sich also nicht nur an der finanziellen Vergütung, sondern auch daran, wie attraktiv die Vertreter ihre Profession selbst erscheinen lassen. Die Gestaltung der Nachwuchsförderung ist für Junge ein Attraktivitätsfaktor und widerspiegelt die Sorgfalt, mit der sich eine Profession bemüht, den Nachwuchs zu rekrutieren. Diesbezüglich besteht an dem neuen Curriculum für Allgemeine Innere Medizin aus Sicht der Hausarztmedizin noch Nachbesserungsbedarf. Der Blick in europäische Nachbarländer zeigt, wie unterschiedlich die EU-Richtlinien, die für die grenzübergreifende Titelanerkennung gel-

**Das Schweizer System schöpft den Spielraum für die Vorgabe von Lernzielen und die Implementierung spezifischer Teachings in Hausarztmedizin nicht aus.**

ten, ausgestaltet werden können. Das Schweizer System schöpft den Spielraum für die Vorgabe von Lernzielen und die Implementierung spezifischer Teachings in Hausarztmedizin, den die Richtlinien gewähren, im Vergleich zu anderen Ländern nicht aus.

### Schlussfolgerung

Da eine stärker strukturierte zentral organisierte Weiterbildung offenbar auch ein explizites Bedürfnis des aktuell betroffenen Nachwuchses ist [9], sollte dieser Ansatz weiter verfolgt werden. Die Ausarbeitung von praxisbasierten, klar definierten Lernzielen in der Hausarztmedizin und eines sowohl stationären, auf die spätere Praxistätigkeit angepassten Rotations-Curriculums als auch eines flächendeckend angebotenen Praxisassistentenprogramms mit entsprechender Begleitforschung zur Evaluation erscheint geboten.

Der Blick nach Europa kann inspirieren und helfen, die Fehler, die andere bereits gemacht haben, zu vermeiden.

### Europas Hausärzte sehen Nachholbedarf

Im November 2011 tagte die European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT) und veröffentlichte ein Statement zur aktuellen Lage der Hausarztmedizin in Europa. Bezüglich der Ausbildung ist der EURACT-Rat noch nicht zufrieden mit der Auswahl von Lehrern und Studenten/Weiterbildungsassistenten und der Ausgestaltung der Hausarzt-/Allgemeinmedizin-Curricula und rief staatliche Institutionen wie sämtliche Stakeholder auf, die Strukturierung zu verbessern [15]. In Deutschland ist eine Arbeitsgruppe, koordiniert vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, seit März 2010 dabei, ein strukturiertes GP-Curriculum zu erarbeiten. Teilnehmer der Arbeitsgruppe sind Ärzte in Weiterbildung, Weiterbildungsbefugte sowie wissenschaftliche Mitarbeiter aus 11 Bundesländern [16].

### Literatur

- 1 Das europäische Parlament und der Rat der europäischen Union. Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:DE:PDF> 2005; Download 11.11.2011.
- 2 Bauer W., Hänggeli C. Eine neue Epoche: das Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin. *Schweiz Ärztezeitung*. 2010;91(49):1929–32.
- 3 WONCA Europe Working Group for New and Future General Practitioners: The Vasco da Gama Movement [http://www.vdgmeu/indexcfm/spKey/exchange/participating\\_countries.html](http://www.vdgmeu/indexcfm/spKey/exchange/participating_countries.html) 2011; Download 23.11.2011.
- 4 Harris M. Das englische Hausarzt-Weiterbildungsprogramm – Lehren für die Schweiz. *PrimaryCare*. 2010;10(13):249–50.
- 5 Maagaard R. Vocational training. EURACT presentation May 2011 2011; <http://www.euract.eu/resources/education-a-training-presentations/finish/18-education-a-training-presentations/108-vocational-training-dr-roar-maagaard>
- 6 National Audit Office: NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England. . Report by the comptroller and auditor general HC 307 Session 2007–2008; 28 February 2008. [www.nao.org.uk](http://www.nao.org.uk), Download 29.11.2011.
- 7 Sammut MR, Lindh M, Rindlisbacher B. Funding of vocational training programmes for general practice/family medicine in Europe. *Eur J Gen Pract*. 2008;14:83–8.
- 8 Marty F, Zemp N. Titelverleihungen Fachärztin/Facharzt FMH für Allgemeinmedizin 2009. *PrimaryCare* 2010;10(8):149–50.
- 9 Badertscher N, Schöni M, Berger L, Zoller M, Rosemann T. Weiterbildung von angehenden Hausärzten an stationären Weiterbildungsstellen: Sicht der Assistenzärzte [Vocational Training of Future GPs in Swiss Hospitals: the View of Assistant Physicians]. *Schweiz Rundschau Med Prax*. 2011;100:349–55.
- 10 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, et al. Primary care in Switzerland -- no longer attractive for young physicians? *Swiss Med Wkly*. 2006;136:416–24.
- 11 Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R, Buddeberg C. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:98.
- 12 Hurley JE. Physicians' Choices of Specialty, Location, and Mode: A Reexamination within an Interdependent Decision Framework. *The Journal of Human Resources*. 1991;26:47–71.
- 13 Nicholson S. Physician Specialty Choice Under Uncertainty. *Physician Specialty Choice Under Uncertainty* 2002;20:816–47.
- 14 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin – Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten. *PrimaryCare* 2007;7(42):639–41.
- 15 Kersnik J. on behalf of EURAC: Public statement of EURACT Council Meeting: General Practice/ Family Medicine can deliver real solutions in stressed healthcare systems, throughout Europe. University of The Algarve November 10–12, 2011 *PrimaryCare*. 2012;12(4):69
- 16 Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg: Kompetenz-basiertes Curriculum Allgemeinmedizin. <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml>

### Korrespondenz:

Dr. med. Sima Djalali  
Institut für Hausarztmedizin  
Universität Zürich  
Pestalozzistrasse 24  
CH-8091 Zürich  
[sima.djalali\[at\]usz.ch](mailto:sima.djalali[at]usz.ch)